## BULLETIN D’ADHESION AUX OPTIONS COMPLEMENTAIRESINDIVIDUELLE ACCIDENT

**Assureur :** MAIF (16-18 boulevard de la Mothe – 54000 NANCY)

**N° de contrat : 4 465 372 N**

**Echéance contractuelle :** 31 décembre

**Informations concernant le licencié**

Nom – Prénom du licencié : ………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse mail : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date de Naissance : ………………………………………………………………………………………………………………………

Nom du Club : ……………………………………………………………………………………………………………………….………

Ville : ………………………………………………………………………………………………………………………………………...….

N° de licence FFTRI (joindre impérativement une copie la licence) : …………………………………………..

*Souscription valable pour une saison complète (soit du 01/01 au 31/12, sans réduction au prorata).*

Vous bénéficiez, du fait de votre adhésion à la FFTRI sous réserve de la souscription de la formule 2 ou 3, d’une Garantie de base décès / invalidité. Vous pouvez augmenter vos capitaux selon les modalités suivantes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Garanties Individuelle Accident Complémentaire** | **Option 1** | **Option 2** |
| **Décès** | 40 000 €/sinistre | 40 000 €/sinistre |
| **Invalidité permanente****Incapacité permanente supérieur à 50%** | 60 000 €/sinister120 000 €/sinister | De 30 000 € à 300 000 € /sinistre Selon le taux D’AIPP |
| **Indemnité Journalière** | 30 € / jour dans la limite de 5 000 € | 30 € / jour dans la limite de 6000 € |
| **Cotisation complémentaires TTC/ licencié** | **57,74 € TTC** | **60,78 € TTC** |
|  |  |  |
| **Option choisie (1 ou 2)** **Merci de cocher la case correspondant à votre choix** |[ ] [ ]
| Le règlement de cette garantie complémentaire est à adresser directementà la MAIF en rappelant le n° de sociétaire 4 465 372N |

**MODALITES DE SOUSCRIPTION :**

**Pour souscrire l’option complémentaire Individuelle Accident, le licencié enverra :**

**- le bulletin de souscription accompagné de la copie de la licence valide à la MAIF à l’adresse : 16/18 boulevard de la MOTHE 54000 NANCY ou par mail** **gestionspecialisee@maif.fr** **en rappelant le n° de sociétaire 4465372N**

**- le chèque correspondant au montant de la cotisation due à la MAIF à l’adresse : 16/18 boulevard de la MOTHE 54000 NANCY en rappelant au dos du chèque le n° de sociétaire 4465372N.**

**Tout bulletin incomplet sera retourné et la garantie ne sera pas acquise.**

 

**Date et Signature**

**Mode de paiement :**

**Chèque** [ ]

**Virement** [ ]

**Merci de joindre une copie de votre ordre de virement**

Une attestation sera envoyée uniquement par email à l’adresse indiquée par le licencié.

Les informations contenues dans le présent document sont destinées aux seuls traitements nécessaires à la souscription et à la gestion du présent contrat conformément à la loi 78-17 du 6 JANVIER 78. Vous pouvez demander communication des renseignements vous concernant et le cas échéant les faire rectifier.